UEBER DAS

CARCINOMA LABII SUPERIORIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTAET

DER

K. JUL.-MAXIMIL.-UNIVERS. WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT VON

HERMANN MÖHLMANN

PRACT. ARZT

AUS WERLTE, KREIS MEPPEN.



WÜRZBURG

DRUCK DER A. MEMMINGER'SCHEN BUCHDRUCKEREI.

1886.



REFERENT:

HERR HOFRATH PROFESSOR DOCTOR MAAS.



Unter allen an den Lippen vorkommenden pathologischen Neubildungen nimmt das Carcinom die erste Stelle ein. Wegen seines häufigen Auftretens, wegen der furchtbaren Zerstörungen, die es anrichtete, und der Hartnäckigkeit, mit welcher es allen Heilversuchen trotzte, war das Lippencarcinom seit jeher ebenso bekannt als gefürchtet. Bei dem grossen Interesse, welches daher dieser Neubildung entgegengebracht wurde, konnte auch nicht lange die merkwürdige Tatsache unbekannt bleiben, dass einerseits bei Weitem häufiger Männer als Weiber, und andererseits fast ausnahmslos die Unterlippe vom Carcinom befallen wurde. Bei dem Versuche, dieses merkwürdige Verhältnis zu erklären, kam man zu dem Ergebniss, das häufigere Vorkommen von Unterlippencarcinom sei ein schlagender Beweis für die in Betreff der Aetiologie der Geschwülste lange Zeit allein gültige Anschauung, dass nämlich die Geschwülste durch ein Trauma hervorgerufen würden. In dem Umstande nämlich, dass bei den Männern die Lippen mehr insultirt würden, als bei den Weibern, vor allem durch das Rauchen und das Rasiren, bei den Männern aber wiederum die Unterlippe, namentlich durch das Pfeifenrauchen und, weil sie häufiger rasirt würde, mehr Insulten ausgesetzt sei, als die Oberlippe, sah man eine vollständige Erklärung für die merkwürdige Thatsache und einen Hauptbeweis für die angegebene

Theorie. Um die Unhaltbarkeit dieser Erklärung darzutun, bin ich genötigt etwas weiter auszuholen.

Unter den angeblich directen Ursachen der Geschwülste im Allgemeinen und der Carcinome im Besonderen, spielen die sogenannten lokalen Reize, mechanischer und chemischer Natur die Hauptrolle, und ist auch die Zahl der in der Literatur mitgeteilten Fälle, in denen die Localität, welche Sitz der Geschwülste war, von einem Trauma betroffen worden, eine nicht geringe, dass aber die Fälle, in welchen ein solches Trauma keine Rolle spielt, weit häufiger sind, ergibt sich schon daraus, dass bei Durchsicht der gesammten in der Berliner Klinik in 10 Jahren, von 1867—1877 vorgekommenen Geschwulstfälle, nur bei 14,3% die genaueste Nachforschung ermitteln konnte, dass ein Trauma vorhergegangen war. Dass es sich für die Carcinome ähnlich verhält, zeigt eine von F. BOLL herausgegebene Schrift, wonach unter 344 in der LANGENBECK'schen Klinik operirten Carcinomen nur bei 42 Fällen, also 12%, ein Trauma nachgewiesen werden konnte. Wenn man hiebei bedenkt, dass es bei einem erwachsenen Menschen, und um solche handelt es sich ja nur, da Carcinome im Kindesalter so gut wie gar nicht vorkommen, wohl kaum irgend einen Körperteil gibt, der nicht im Laufe der Jahre von einem leichteren oder schwereren, bald vorübergehenden oder länger fortdauernden Trauma heimgesucht wäre, so muss man fast staunen, dass nur in 12% aller Carcinomenfälle ein vorhergegangenes Trauma ermittelt werden konnte. Für die Lippencarcinome ist als ursächliches Trauma vor allen andern Ursachen das Rauchen, und zwar vor allem das Pfeifenrauchen angegeben. Durch den Druck der Pfeife, verbunden mit dem Eindringen des Tabakssaftes in die follikulären Gebilde und durch feine Risse des Lippenrothes in die interpapillären Epithelien sollten die Lippen so gereizt werden, dass an der am meisten insultirten Stelle, vielleicht beim Hinzutreten einer anderweitigen, die Schleimhaut durchtrennenden Verletzung, ein Carcinom hervorgerufen würde. Man braucht eigent-

lich nur die Fälle von Lippencarcinom und die Zahl der Raucher zu vergleichen, um einzusehen, dass diese Begründung unhaltbar ist. Denn welchen Grund könnte man dafür angeben, dass vielleicht nur unter 10000 Rauchern ein einziger von Lippencarcinom befallen wird?

Aehnlich verhält es sich mit den andern ursächlichen Veranlassungen. Den Umstand, dass vorzugsweise Landbewohner vom Lippenkrebs befallen werden, hat man so gedeutet, dass die Gesichtshaut des Bauern in Folge der Witterungseinflüsse schneller altert, als beim Stadtbewohner und ebenso beim Manne mehr, als bei der Frau. Wie will man aber denn erklären, dass nicht alle Bauern vom Lippencarcinom befallen werden, da doch alle, mit den wenigsten Ausnahmen, den gleichen Schädlichkeiten ausgesetzt sind? Eine andere Ursache liegt nach FÜHRER in den häufigen Misshandlungen der Lippen an der Uebergangsstelle zum Lippenroth, durch ungeschicktes und rohes Rasiren.

Alle die angegebenen Schädlichkeiten können unmöglich in der beabsichtigten Weise mit dem Carcinom in Verbindung gebracht werden, wenn auch, wie ich weiterhin ausführen werde, ein Zusammenhang zwischen ihnen bestehen mag.

Abgesehen von dem äusserst ungünstigem Resultate, welches die Statistik, wie angegeben, für die besprochene Theorie ergibt, ist ja auch ein ursächlicher Zusammenhang, wie man ihn doch verlangen müsste, zwischen Trauma und Geschwulst nicht recht ersichtlich.

Während sonst durch eine Verletzung eine Congestion oder eine Entzündung mit ihren verschiedenen Ausgängen hervorgerufen wird, sollte hier ein Insult im Stande sein, ein vollständig neues Gewebe, welches sich im entwickelten Körper gar nicht vorfindet und nur während des embryonalen Lebens vorhanden ist, zu erzeugen. Congestive und entzündliche Hyperämieen können zwar gewisse Hypertrophieen und Entzündungsprodukte, als Hühneraugen, spitze

Condylome, Elephantiasis, Schleimhautpolypen, Hyperostosen etc., niemals aber ein Carcinom, wie überhaupt keine echte Geschwulst hervorbringen. — Eine zweite Theorie, die der infektiösen Entstehung der Geschwülste, glaube ich übergehen zu können, da nicht der geringste Beweis dafür beigebracht ist, dass jemals durch ein Virns, welches der Syphilis, dem Rotz und andern Infektionskrankheiten zu vergleichen wäre, eine Geschwulst, in unserem Falle ein Lippencarcinom, übertragen wäre. Alimentäre Schädlichkeiten, Gemütsbewegungen und nervöse Erregungen spielen überhaupt nur in der älteren Literatur bei der Entstehung der Geschwülste eine Rolle. Was davon zu halten ist, bedarf keiner Erklärung; sie können das Wachstum eines Körperteiles nicht weiter beeinträchtigen, als durch Störung der Circulation. Ich komme jetzt auf eine Theorie zu sprechen, die sich zwar erst in den letzten 20 Jahren entwickelt hat, aber bereits vcn sehr vielen Autoren anerkannt wird.

Nachdem schon andere Pathologen die Vermuthung einer embryonalen Anlage für die eigentlichen Teratome ausgesprochen, und LÜCKE zu beweisen gesucht, dass die Dermoide congenitale Gebilde seien, wurde zuerst von COHNHEIM dieselbe Auffassung für die gesammten übrigen eigentlichen Geschwülste verwerthet. Nach seiner Ansicht ist es ein Fehler, eine Unregelmässigkeit der embryonalen Anlage, in der die wahre Ursache der Geschwülste gesucht werden muss. Wenn sich auch, wie er selbst zugibt, kein zwingender positiver Beweis für seine Theorie beibringen lässt, so führt er doch eine Reihe von Thatsachen an, welche dieselbe sehr wahrscheinlich machen. Unter diesen nennt er in erster Linie die Vererbung der Geschwülste, indem in zahlreichen Fällen das Auftreten gleichartiger Geschwülste in mehreren Generationen derselben Familie konstatirt sei, und zwar besonders in Betreff der Carcinome. Ferner sei wichtig, dass die Geschwulstvererbung sich zuweilen genau so wiederhole, wie die Vererbung eines überzähligen Fingers der gleichen Extremität, es sei

z. B. Generation für Generation die Mamma der Sitz des Adenoms oder des Krebses. Zuletzt führt er das congenitale Auftreten von Geschwülsten, sowohl von vererbten, als auch ohne Heredität an, gibt aber zu, dass dieselben nur eine winzige Minorität unter den Gewächsen einnehmen. — In Betreff des Alters, wann diese oder jene Geschwulst auftrete, nennt er einerseits den Zeitpunkt, in welchem die Blutzufuhr zu der Localität, an welcher sie sitzen, aus physiologischen Gründen wächst, andererseits wäre es aber auch nicht unmöglich, dass selbst entzündliche Hyperämien einen vorhandenen Geschwulstkeim zur Entwicklung brächten.

Indem ich nun zu meinem Thema zurückkehre, glaube ich die eben angeführte Auffassung COHNHEIM'S über die Entstehung der Geschwülste mit der traumatischen Ätiologie der Lippencarcinome insbesondere insoweit in Verbindung bringen zu können, als, die embryonale Anlage der Geschwulst vorausgesetzt, ein häufig wiederkehrender Insult, als es das Rauchen oder Rasiren für die Lippen ist, den vorhandenen Keim zur Entwicklung zu bringen vermag. Wenn man das Alter, in welchem gewöhnlich die Lippenkrebse auftreten, in Erwägung zieht, so kommt noch ein dritter Faktor hinzu. Wenn überhaupt das Carcinom vor allem das höhere Alter befällt, so ist dies doch in besonders hohem Grade beim Lippencarcinom der Fall. Der Grund hiefür liegt vielleicht in Folgendem: Für die Lippen kann man kaum den von COHNHEIM betonten, schon erwähnten Umstand verwerten, dass erst dann der embryonale Keim sich zu entwickeln beginne, wenn aus physiologischen Gründen eine grössere Blutzufuhr zu denselben stattfände. Für die Lippen gibt es wol kaum jemals einen solchen Zeitpunkt. Was ferner die entzündlichen Hyperämieen der Lippen durch traumatische Reizung anbelangt, so müsste man diese doch wohl mehr in der Jugend und im Mannesalter, als im Greisenalter suchen, da die ersteren gewiss häufiger und stärker rauchen, als das letztere. Hier ist

nun wohl folgender Umstand massgebend: In der Jugend und im Mannesalter genügt der Widerstand der normalen kräftigen, ungeschwächten Gewebe, welches den Keim umgibt, nicht nur, um dessen Entwicklung zu verhindern, sondern auch noch, um dieWirkungen des Traumas, eine entzündliche Hyperämie, welche nicht durch physiologische Congestion unterstützt wird, zu paralysiren. Fällt aber im Greisenalter dieser Widerstand fort, oder sind die Gewebe sonst frühzeitig geschwächt, so wird die Entwicklung des Keims nicht mehr hintangehalten, die nöthige Blutzufuhr ist durch den fortdauernden Reiz geschaffen, und das Carcinom kann sich entwickeln. Man hat nun, wie schon gesagt, in dem viel häufigeren Anftreten des Unterlippencarcinoms unter den Lippencarcinomen die Annahme einer traumatischen Entstehung derselben bestätigt sehen wollen. Thatsache ist nämlich, dass auf ein Oberlippen- circa 30 Unterlippencarcinome kommen. Ferner ist ebenfalls nicht zu bestreiten, dass die Unterlippe, wie schon angeführt, von mehr Insulten getroffen wird, als die Oberlippe. Wenn man nun diese beiden Tatsachen in einen ursächlichen Zusammenhang bringen will, kann man nichts dagegen einwenden, ich glaube aber nicht, dass es deshalb unbedingt nötig ist, zur traumatischen Aetiologie seine Zuflucht nehmen.

Nach meiner Ansicht lässt sich dieser Umstand durch die Annahme einer embryonalen Anlage, die aber nur unter gewissen Bedingungen, das sind physiologische Congestion oder entzündliche Hyperämie und Schwäche des umgebendes Gewebes, zur Entwicklung kommen kann, ebenso gut erklären. Wenn man bedenken will, dass überhaupt nur unter Tausenden von Rauchern höchstens einer, und gewiss nicht immer derjenige, welcher am Meisten raucht, vom Carcinom befallen wird, so scheint mir die Annahme, dass ebenso häufig die Oberlippe Sitz des Keimes war, der aber aus Mangel an entzündlicher Hyperämie nicht zur Entwicklung gelangen konnte, nicht unwahrscheinlicher, als die Ansicht, der in allen Fällen

gleiche Insult habe nur in dem einen Falle ein Carcinum „erzeugt.“ Dass an der Oberlippe seltener Carcinome auftreten, ist deshalb noch kein Beweis dafür, dass in ihr nicht ebenso häufig der Keim des Carcinoms vorhanden ist, als in der Unterlippe. — Es ist hiebei überdies noch Folgendes zu erwägen.

COHNHEIM'S Theorie erklärt ohne Schwierigkeit das häufigere Vorkommen der Geschwülste an bestimmten Localitäten, wofür der Grund stets in der embryonalen Entwicklung zu suchen ist. Wenn man auch zugeben muss, dass diejenigen Stellen, an welchen die meisten Carcinome vorkommen, zum Teil auch am meisten mechanischen Insulten ausgesetzt sind, z. B Zunge, Nasenflügel, Augenlider, Präjutium, Fichel und Rectum, so ist doch andererseits auch nicht zu vergessen, dass manche Stellen des Körpers, wie Hände und Füsse, viel grösseren Insulten ausgesetzt sind und doch fast niemals von Carcinomen befallen werden. Beides erklärt sich aber nach COHNHEIM sehr leicht dadurch, dass die Lieblingsstellen der Geschwülste solche sind, an denen in irgend einem Stadium der embryonalen Entwicklung eine gewisse Complication statt hat.

An den verschiedenen Orificien geschehen entweder Einstülpungen des äusseren Keimblattes, oder Vereinigungen desselben mit einem Epithelrohr u. dergl., und dabei kann sehr leicht eine kleine Unregelmässigkeit vorkommen, die dann einen überschüssigen Epithelhaufen und damit einen Geschwulstkeim schafft. Hiemit ist freilich noch nicht das bedeutend häufigere Auftreten von Unterlippencarcinom erklärt, aber abgesehen von den grösseren Reizen, von denen die Unterlippe betroffen wird, und durch welche also häufiger ein an denselben vorhandener Keim zur Entwicklung gelangen kann, scheint es immer noch wahrscheinlicher, bei den vielfachen unaufgeklärten Räthseln der embryonalen Entwicklung, dass diese Unregelmässigkeiten aus irgend einem noch unbekannten Grunde meistens an der Unterlippe vorkommen, als die Annahme,

dass ein und derselbe Reiz an derselben Stelle tausendmal entweder ohne Wirkung, oder von den gewöhnlichen Entzündungserscheinungen begleitet sei, und nur einmal ein Carcinom hervorbringe. Wollte man aber auch trotzdem bei dieser Ansicht bleiben, so müsste man doch zugeben, dass in dem einen Falle die Geschwulst weniger durch den Insult, als durch ganz ausnahmsweise vorhandene, besondere locale, nicht nachweisbare Verhältnisse bedingt sei. Gibt man nun noch zu, dass diese Verhältnisse ebensogut angeboren sein können, als erworben, so ist von dieser Auffassung bis zur Annahme der embryonalen Anlage nur ein Schritt.

Was nun das Verhältnis der Lippencarcinome zu den Carcinomen im Allgemeinen und das der Oberlippencarcinome zu den Unterlippencarcinomen im Besonderen anbelangt, so weichen die Angaben der Autoren wesentlich von einander ab. VIRCHOW fand unter 212 Carcinomen 65 Lippenkrebse und unter diesen war nur 2mal die Oberlippe ergriffen. In der BILLROTH'schen Klinik kamen auf 62 Fälle von Carcinom der Unterlippe 5 Fälle von Oberlippencarcinom. HUETER dagegen hat unter hundert Fällen von Lippencarcinom kein einziges der Oberlippe gesehen und vermutet, dass von anderen Autoren häufig Carcinome, welche in der Wange entstehen und in die Oberlippensubstanz fortschreiten, und vor allem diejenigen, welche sich von der Unterlippe aus zur Oberlippe forterstrecken, ohne diesbezügliche Angabe als Oberlippencarcinome angeführt worden seien. Inwieweit diese Vermutnng gerechtfertigt ist, wage ich nicht zu unterscheiden, kann aber konstatiren, dass in der Würzburger chirurgischen Klinik unter 58 Lippencarcinomen 7 Oberlippencarcinome vorkamen, und zwar war in einem Falle die Nase, in einem andern Falle die Unterlippe mit ergriffen, während in den restirenden 5 Fällen die Oberlippe ganz allein afficirt war, so dass von einer Verwechslung keine Rede sein kann. THOM. BRYANT führt 54 Fälle von Carcinom an, von denen 52 die Unter- und nur 2 die Oberlippe be-

trafen. Die 2 Fälle kamen bei einem Manne von 71 Jahren vor, der operirt und geheilt wurde, und bei einem Sechsziger, den man wegen gleichzeitiger Affektion des Zahnfleisches und harten Gaumens ungeheilt entlassen musste. Unter diesen 54 Fällen befanden sich nur 3 Frauen. Unter den in der BILLROTH'schen Klinik vorgekommenen 62 Fällen waren 61 Männer und nur eine Frau. HUETER führt zwar kein bestimmtes Verhältniss an, nennt aber doch auch den Lippenkrebs eine Krankheit, welche fast ausschliesslich dem männlichen Geschlechte angehöre. Sind nun, wie nachgewiesen, die Lippencarcinome bei Frauen schon sehr selten, so scheinen Oberlippenkrebse bei ihnen so gut wie gar nicht vorzukommen. Unter allen Lippenkrebsen bei Frauen, die ich habe in Erfahrung bringen können, war nur ein einziges Oberlippencarcinom, und zwar das, welches ich unter den 7 auf der chirurgischen Klinik in Würzburg gefundenen als mit Nasenkrebs verbunden angeführt habe, so dass auch die Verwerthung dieses einzigen Falles noch als zweifelhaft erscheint.

In Betreff des Alters der vom Oberlippen- oder vom Lippenkrebs überhaupt Befallenen ergibt sich, nach VIRCHOW'S Archiv (Bd. X), dass unter 212 Carcinomen angeborene, sowie in den ersten 10 Lebensjahren überhaupt keine vorkamen.

Im	Alter	von	11—20	Jahren	2	Mal
„	„	„	21—30	„	4	„
„	„	„	31—40	„	21	„
„	„	„	41—50	„	56	„
„	„	„	51—60	„	70	„
„	„	„	61—70	„	42	„
„	„	„	70—80	„	17	„

THOM. BRYANT führt in Schmidt's Jahrbüchern (Band 117) an, dass der jüngste vom Lippenkrebs Befallene 27, der älteste 86 Jahre alt war. Bei ca. 40% sei die Krankheit zwischen dem 50.—60. Jahre und bei 80% zwischen dem 40.—70. Jahre aufgetreten.

An der Oberlippe tritt der Krebs fast stets als Epithelialcarcinom auf. Da seine Structur- und Wachstumsverhältnisse mit dem Epithelialkrebs der übrigen Haut übereinstimmen, so glaube ich dieselbe übergehen zu dürfen.

Der Oberlippenkrebs zeigt sich hauptsächlich in zwei Formen, indem er entweder in der Oberfläche oder in der Tiefe beginnt. Im ersteren Falle bemerkt man anfangs eine Schrunde, eine Pustel oder eine Warze, welche nur ganz oberflächlich im Schleimhautsaume, oder in der benachbarten Haut zu wurzeln scheint. Weil der in dieser Form auftretende Krebs weniger bösartig ist, hat man ihn häufig für eine harmlose Warze oder Pustel gehalten, welche erst durch Rasiren oder Aetzmittel krebsig geworden sei. Was davon zu halten ist, glaube ich oben genügend erläutert zu haben. Jene Warze war ihrer Structur nach schon der Krebs, dessen Entwicklung und Wachstum allerdings durch wiederholte Reizungen befördert wurde (BARDELEBEN). Die zweite Form, in welcher der Oberlippenkrebs auftritt, ist die eines härtlichen Kernes in der äussern Haut der Lippe oder dem Schleimhautsaume. Sehr häufig kann man unter einer scheinbar unbedeutenden Schrunde einen solchen harten Kern wahrnehmen. In manchen Fällen gewinnt der kleine Krebsknoten noch vor seinem Aufbruch eine solche Ausbreitung, dass der Rand der Oberlippe an der entsprechenden Stelle aufgetrieben oder höckerig erscheint. Die über diese Stelle hingespannte Schleimhaut erhält in solchen Fällen eine schmutzig blaurothe Farbe, welche von Manchem als charakteristisch angesehen wird. Das Wachstum des Oberlippenkrebses ist anfangs fast immer langsam und wird auch meistens noch nach dem Aufbruche längere Zeit kaum beachtet, da er nur bei Berührungen, denen die Oberlippe ja weniger ausgesetzt ist, als die Unterlippe, schmerzt und wenig, fast geruchloses Secret liefert.

Ist aber die Schleimhaut einmal durchbrochen und der Oberlippenrand in einiger Ausdehnung vom Carcinom

ergriffen, so schreitet letzteres häufig so schnell fort, dass die Vergrösserung nicht selten von Tag zu Tag gemessen werden kann. (BARDELEBEN.) Die Weiterverbreitung geschieht entweder nach allen Seiten zugleich oder auch nur in einer Richtung. Nächst der ganzen Oberlippe bis zur Nase, wird am Häufigsten das Zahnfleisch des Oberkiefers und dieser Knochen selbst vom Carcinom ergriffen. Seltener verbreitet es sich ausschliesslich in den Weichteilen, also zunächst gegen den einen oder beide Mundwinkel und von da zur Wange weiter, ohne auf den Oberkiefer überzugreifen. In den schlimmsten Fällen ergreift der Krebs rasch den Oberkiefer, schreitet nach oben auf die Nase und nach beiden Seiten auf die Wange, nach unten auf die Unterlippe und nach innen auf den harten und weichen Gaumen, ja selbst auf den Pharynx, die Zunge und den Kehlkopf fort. Man kann daher den klinischen Verlauf des Oberlippenkrebses nach THIERSCH in 4 Stadien einteilen: 1) warziges oder höckeriges Gewächs an oder nahe dem Lippensaume mit oder ohne Verschwärung; die Lippe ist frei beweglich, die entartete Stelle vom normalen Gewebe scharf abgegrenzt; 2) die Lippenschleimhaut, das Zahnfleisch und Periost des Oberkiefers entarten; die Haut wird bis zur Nase und längs der Oberlippe bis zur Unterlippe und Wange hin infiltrirt, die Lippe ist schwer beweglich; 3) die Nase, der harte und der weiche Gaumen und die Wangen werden hart infiltrirt, die Ohrspeicheldrüsen schwellen an; 4) die Entartung geht auf den Pharynx, die Zunge und den Larynx über, die seitlichen Hals- und Hinterhauptsdrüsen schwellen an und gehen zum Teil in Verschwärung über; in den inneren Organen entwickeln sich sekundäre Krebsknoten. Entzündliche Veränderungen des gefässhaltigen Stroma fehlen im 1. Stadium fast ganz und sind im 3. u. 4. Stadium am stärksten. Sie bedingen hauptsächlich die schon im 2. Stadium beginnende Fixirung der Weichteile.

Nach dem soeben angeführten ist die Diagnose des Oberlippencarcinoms gewöhnlich nicht schwer. Eine Ver-

wechslung wäre möglich, erstens mit der Impetigo rodens ulcerosa. Während aber das Carcinom in der Regel eine Verschwärung der Haut mit verhärteten, körnig warzigen Rändern und gleichfalls verhärtetem Grunde zeigt, ist die Impetigo rodens ulcerosa zwar gleichfalls mit Ulceration der Haut und verhärteten Rändern verbunden, zeigt aber keine indurirte Basis. Die Ränder sind bei Impetigo ähnlich wie beim syphilitischen Geschwür unterminirt, aufgeworfen, in die Länge gestreckt, nicht rundlich, wie beim Carcinom, die Absonderung ist eitrig serös, wenig riechend, beim Carcinom dagegen saniös von penetrant krebsigen Geruch.

Da die Impetigo überdies vorzugsweise von den Augenwinkeln und den Nasenflügeln, dagegen nur sehr selten von der Oberlippe ausgeht, so ist so leicht keine Verwechslung zu befürchten. Eher schon wäre eine solche möglich, so lange die Geschwulst noch klein ist, mit einer syphilitischen Affektion, die ziemlich häufig an der Oberlippe auftritt, ich meine die primär-syphilitische Induration. In den meisten Fällen kann man hier schon nach der Anamnese und dem Alter entscheiden, wofür man die Affektion zu halten hat, indem man vor dem 30. Jahre fast sicher eine syphilitische Induration diagnosticiren darf, während nach diesem Alter die Wahrscheinlichkeit für dieselbe immer mehr ab, und die Wahrscheinlichkeit für ein Carcinom immer mehr zunimmt. In zweifelhaften Fällen könnte man daher vor dem 30. Jahre immer eine antiluetische Kur versuchen, deren Wirksamkeit oder Unwirksamkeit die Diagnose sichern würde. Man hätte dabei im ungünstigsten Falle doch nur einige Wochen verloren, was, bei der Voraussetzung, dass die Geschwulst noch klein ist, wol kaum von grossem Nachteile wäre. Was endlich die Verwechslung mit Lupus anbelangt, so unterscheidet sich das Epithelialcarcinom von demselben dadurch, dass es als flaches Geschwür der äussern Haut zuerst entweder an der Oberlippe oder Nasenflügeln auftritt, während ersterer in den meisten Fällen zuerst an

der Nasenspitze sich zeigt Ferner spielt auch hier das Alter eine Hauptrolle, und zwar dadurch, dass der Lupus meistens die Jugend, das Carcinom dagegen, wie schon gesagt, fast ausnahmslos das Alter befällt. Ausserdem ist der Umstand, dass der Lupus, wenn nicht immer, so doch sehr häufig in Form von mehreren Heerden, das Carcinom aber nur in einem Heerde beginnt, für die Diagnose zu verwerten.

Die Prognose beim Oberlippencarcinom ist, wie bei den Carcinomen überhaupt, im Allgemeinen, wenn nicht infaust, so doch mindestens sehr dubia. Zu unterscheiden ist hiebei natürlich vor allem, in welchem Stadium der Entwicklung das Carcinom zur Behandlung kommt. Während nämlich im 1. Stadium die Aussichten auf eine vollkommene dauernde Heilung ziemlich günstige sind, nehmen dieselben beim 2. und 3. Stadium schon sehr ab und sind beim 4. Stadium kaum mehr vorhanden. In Betreff der Wachstumsgeschwindigkeit und der Zeit, in welcher die Lymphdrüsen inficirt werden, finden sich ziemlich wiedersprechende Angaben. Nach BILLROTH ist im Allgemeinen der Fortschritt des Uebels um so langsamer, in je späterem Alter es auftritt, und die Fälle, in welchen die Erkrankung als epitheliale Verschorfung oder Rissigkeit am Lippensaume (flacher Epithelialkrebs vom Rete Malpighii ausgehend) auftritt, verlaufen langsamer und inficiren die Lymphdrüsen später, als diejenigen, in welchen der Krebs als Knoten in der Substanz der Lippe oder als Ulceration an der Innenfläche der Lippe beginnt (infiltrirter drüsiger follikulärer Epithelialkrebs). Letztere Formen führen besonders früh zur Lymphdrüseninfektion. — Da einerseits das Material in Betreff der Oberlippencarcinome zu spärlich ist, andererseits aber auch die Prognose bei Oberlippencarcinomen nicht wesentlich von der bei Lippencarcinomen überhaupt abweichen dürfte, so glaube ich mich bei der Prognose wohl ausschliesslich an letztere halten zu dürfen. — Unter 30 von BILLROTH wegen Lippencarcinom operirten Patienten starben 4 in Folge der Operation,

2 nach einfacher Excision der Lippe an Pyämie, 2 nach gleichzeitiger Lymphdrüsenexstirpation an Erysipel und Pyamie. Von den 26, welche geheilt entlassen wurden, war über 1 später nichts mehr zu ermitteln, 5 von den 26 starben in den ersten 7 Jahren, nach der Operation ohne Recidive an Krankheiten, welche nicht direct mit Krebs zusammenhängen, und zwar 2 im 76. und 81. Lebensjahre, 3 und 4 Jahre nach der Operation an Altersschwäche, 1 im 66 Jahre $4^3/_4$ Jahre nach der Operation an der Wassersucht, 1 im 54 Jahre, 2 Monate nach der Operation an acutem Morb. Brigthii. 1 im 73. Jahre, 7 Monate nach der Operation an Apoplexie. An Recidiven sind gestorben 2: die Krankheit dauerte bei ihnen 1 Jahr und 4 Monate und 1 Jahr und 2 Monate. Es lebten somit sicher von 30 (von 1860 1867) beobachteten Fällen von Lippenkrebs im Juli 1867 noch 18: 1 mit Recidiv in den Lymphdrüsen und 17 ohne Recidive. Die Zeitdauer zwischen der Operation und den ersten Recidiven des Krebses beträgt nach LANGENBECK im Durchschnitt etwa 2 Jahre.

		unterm		1.	Jahre	87	Fälle
zwischen	dem	1.	und	2.	„	15	„
„	„	2.	„	3.	„	7	„
„	„	3.	„	4.	„	7	„
„	„	5.	„	6.	„	5	„
„	„	6.	„	7.	„	2	„
„	„	7.	„	8.	„	1	„
„	„	8.	„	9.	„	3	„
„	„	9.	„	10.	„	1	„
„	„	10.	„	11.	„	3	„
„	„	14.	„	15.	„	1	„
„	„	15.	„	16.	„	1	„
			im	16.	„	2	„
Tod ohne örtliche Recidive in						15	„
						150	Fälle.

Die grosse Zal der örtlichen Recidive innerhalb des 1. und 2 Jahres erklärt sich daraus, dass die Operation häufig nur, um die Quelle grosser örtlicher Schmerzen

und gemütlicher Verstimmung, sowie die Uebelstände einer schwärenden und jauchenden Fläche zu beseitigen, auf dringenden Wunsch der Kranken vorgenommen wurde. Die unmittelbaren Folgen der Operation sind namentlich in der Privatpraxis wenig bedenklich; die Lethelität beträgt hier höchstens 3—4%, während sie im Hospital wegen der daselbst einwirkenden Schädlichkeiten 7% beträgt (14 Operirte starben zwischen dem 3. und 36. Tage in Folge von Erysipel mit folgender Bronchitis; an Pleuritis, Pyämie, Hämoptysen, Erbrechen).

Von den 33 Operirten, bei denen die Recidive sich erst nach dem 2. bis zum 16. Jahre einstellte, werden wohl Manche gestorben sein; doch wenn man auch annehmen wollte, dass sie ohne Operation dieselbe Lebensdauer erreicht haben würden, so sind sie doch durch dieselbe von der steten Gemüthsaufregung und Angst, sowie von den Schmerzen und Beschwerden des Krebsgeschwürs befreit worden.

Fünfzehn Operirte starben ohne Zeichen einer örtlichen Recidive zwischen dem 6. Monat und dem 11. Jahr nach der Operation und zeigten sämmtlich Krebs in innern Organen, nämlich:

Fall	Lebensdauer nach der Operation	Todesursache	Oertliche Verhältnisse bei der Operation
1.	$1/2$ Jahr	Leberleiden	Integumente infiltrirt
2.	$10/12$ „	Brustleiden	Ebenso
3.	$11/12$ „	Leberleiden	Ebenso
4.	$1\,1/12$ „	Schädelkrebs	Brustdrüse allein infiltrirt
5.	$1\,1/4$ „	Eierstocksleiden	Ebenso
6.	2 „	Gehirnleiden	Integumente infiltrirt
7.	$2\,1/6$ „	Leberleiden	Integumente infiltrirt und verschwärt
8.	3 „	Brustleiden	Brustdrüse allein infiltrirt
9.	$4\,1/4$ „	Gehirnleiden	Ebenso
10.	6 „	Brustleiden	Integumente infiltrirt

Fall	Lebensdauer nach der Operation	Todesursache	Oertliche Verhältnisse bei der Operation
11.	6 „	Gehirnleiden	Integumente infiltrirt und verschwärt
12	$6^1/_2$ „	Erschöpfung	Brustdrüse infiltrirt
13.	$6^2/_3$ „	Brustleiden	Integumente infiltrirt
14.	$10^1/_2$ „	Kachexie	Integumente alcerirt
15.	12 „	Kachexie	Brustdrüse infiltrirt.

Hiernach war in zalreichen Fällen die Krebswucherung vor der Operation bedeutend fortgeschritten, bis zur Infiltration der Haut und Geschwürsbildung, so dass ohne Operation ein rasch tödtlicher Ausgang unter den schwersten Leiden erfolgt sein würde

Acht Kranke lebten noch nicht 1 Jahr nach der Operation, 24 über 1 Jahr, 38 über 2, 17 über 3, 21 über 4, 7 über 5, 5 über 6, 10 über 7, 4 über 8, 4 über 9, 2 über 10, 2 über 11, 1 über 12, 1 über 13, 2 über 14, 1 über 15, je 1 Kranker etwa 23, 29 und 32 Jahre. — Es starben also vor dem 4. Jahre 87 = 58%, vom 4. bis 8. Jahre 33 = 22%, vom 8. bis 10. Jahre 18 = 12%, nach dem 10. Jahre 12 = 8%; 1 Person lebte über 30 Jahre nach der Recidive; der Durchschnitt betrug also $4^1/_2$ Jahr nach der Recidive.

Eine recht ungünstige Prognose ergibt sich aus einer Statistik, welche MEISSNER in Schmidt's Jahrbüchern bringt. Danach starben von 48 an Lippenkrebs operirten Kranken 43, und zwar 34 mit Recidiv, 7 ohne Recidiv an den Folgen der Operation, 2 ohne Recidiv an Entkräftung, 7 und 9 Monate nach der Operation. Bei den 5 Lebenden hat die Heilung 4, 5, 5, 5, 6 Jahre Bestand.

Die Gesammtdauer der Krankheit bei 25 mit Recidiv Gestorbenen betrug unter 1 Jahr in 1 Fall, 1 Jahr in 2 Fällen, 1—2 Jahr in 9 Fällen, bis 3 Jahr in 7 Fällen, bis 4 Jahr in 2 Fällen, bis 5 Jahr in 2 Fällen, bis 6 Jahr

in 1 Fall, bis 7 Jahr 0 Fall, bis 8 Jahr 1 Fall; die Meisten starben also nach 1—3jähriger Krankheitsdauer.

Die Dauer der Zwischenzeit zwischen der 1. Operation und dem 1. Rückfall betrug: einige Tage bis zu 2 Monaten 10mal, 2—4 Monate 14mal, 4—6 Monate 4mal, 6 bis 12 Monate 4mal, 1—1½ Jahr 2mal, 1½—2 Jahre 0mal, 2 bis 3½ Jahre 2mal. Zwischen der 2. Operation und dem 2. Rückfall (in 18 Fällen) lag ein Zeitraum von einigen Tagen bis zu 1 Monat 3mal, von 1—2 Monaten 4mal, von 2—4 Monaten 6mal, von 4—6 Monaten 4mal, 7 Monate 1mal. Zwischen der 3. Operation und dem 3. Rückfall verflossen einige Tage bis 1 Monat 2mal, 1—2 Monate 3mal, 2 bis 4 Monate 2mal. — Zwischen der 4. Operation und dem 4. Rückfall verflossen einige Wochen 4mal, 2—3 Monate 2mal, 3—4 Monate 1mal. Das nächste Intervall zwischen der 5. Operation und dem 5. Rückfall betrug in 2 Fällen einige Wochen und 2 Monate; ein Intervall zwischen der 6. Operation und Recidiv betrug 2 Monate. Im Ganzen werden also die Intervalle mit jeder folgenden Operation kürzer; die längste Dauer des 1. Intervalls ist 3½ Jahr, die des 2. 7 Monate, die des 3. 4 Monate, die des 4. 4 Monate, die des 5. 2 Monate, die des 6. 2 Monate. Die Dauer des Lebens nach dem letzten Rückfall (in 33 Fällen) betrug bei 8 Kranken 1—3 Monate, bei 6 Kranken 3 6 Monate, bei 14 Kranken 6—12 Monate, bei 4 Kranken 1—2 Jahre, bis 1 Kranken 2—3 Jahre.

Es erfolgte daher der Tod meist vor Ablauf des 1. Jahres nach dem Auftreten des Rückfalles, selten später. Eine Verlangsamung der Krankheit durch Vervielfältigung der Operation war nicht mit Zahlen nachweisbar; doch ist dieselbe höchst wahrscheinlich, da mit der jedesmaligen Wegnahme der zelligen Elemente auch die Vervielfältigung derselben beschränkt werden muss.

Von den 34 mit Recidiv Verstorbenen starben am 1. Recidiv 15 Kranke, am 2. Recidiv 12 Kranke, am 3. Recidiv 4 (oder 5?) Kranke, am 5. Recidiv 1 Kranker. Die Zeit, von der Operation bis zum Tode betrug bei den

am 1. Recidiv Gestorbenen 11mal 6—12 Monate, nur 1mal weniger und 4mal mehr (bis 6 Jahre), bei den am 2. Recidiv Gestorbenen 4mal unter 3 Monaten, 3mal 3—6 Monate, 4mal 6—12 Monate, nur 1mal darüber (3 Jahr), bei dem am 3. Recidiv Gestorbenen noch kürzer (im Maximum 1 bis 2 Jahre, bei dem am 5. Recidiv Gestorbenen 2 Monate. Die 1. Operation bestand bei den 48 Kranken 36mal in einfacher Excision oder Kauterisation, 12mal in Excision mit partieller Resektion; die 23 zweiten Operationen bestanden 11mal in einfacher Excision oder Kauterisation, 12mal in Excision mit partieller Resektion; die 9 dritten Operationen bestanden in 4 Excisionen und 5 Excisionen mit Resektion; die 3 vierten Operationen waren sämmtlich Excisionen und die 1. fünfte Operation war Excision mit Resektion.

Die einfache Excision war also bei der 1. u. 2. Operation vorwiegend häufig, ein Beweis, dass das Uebel in einem frühzeitigen Stadium zur Behandlung kam, der ausserordentlich ungünstige Ausgang der Operation also nicht in einer Verschleppung der Krankheit beruhen konnte. Der Sitz der 1. Recidive war in 38 Fällen 21mal im Bereich der primären Erkrankung, 17mal in einiger Entfernung davon, wohl meistens dem Zuge der Lymphgefässe folgend. Hieraus und aus dem Umstande, dass die erste Recidive 28mal in weniger als 6 Monaten nach der 1. Operation erfolgte, ergibt sich mit Wahrscheinlichkeit, dass dieselbe nur eine Fortentwicklung zurückgebliebener Krebskeime, also eine „continuirliche Recidive“ gewesen sei. Je frühzeitiger die Operation ausgeführt werden kann, um so günstiger ist die Prognose, vor allem in den Fällen, wo die benachbarten Lymphdrüsen noch frei sind, ist Hoffnung vorhanden, die Krankheit gänzlich beseitigen zu können. Aber auch abgesehen davon, sollte schon die Aussicht, das Leben zu verlängern, sowie den Kranken von der dauernden Furcht einer unheilbaren Krankheit von den Schmerzen und dem häufig unerträglichen Geruche des Krebsgeschwürs zu befreien, bis derselbe viel-

leicht erst nach Jahren an einer innern, weniger beschwerlichen Form zu Grunde geht, in allen Fällen zur möglichst frühzeitigen Operation auffordern.

Was die Häufigkeit der Recidive anbelangt, so ist zu bemerken, dass es in manchen Fällen unmöglich gewesen sein mag, alles Krankhafte zu entfernen, ohne das Leben der Patienten direct zu gefährden, ausserdem können die Infektionscarcinome der Lymphdrüsen zur Zeit der Operation in sc geringem Grade bestehen, dass sie der Palpation vollständig entgehen. Dazu kommt, dass ihre Wege gerade im Gesicht und am Halse so gross und das Operationsfeld so schwierig ist, dass dem Operateur sehr leicht kleine, bereits inficirte Drüsen entgehen können. Die Hauptaufgabe ist es daher, die Oberlippenkrebse, wie überhaupt jeden Krebs so früh wie möglich zu operiren, ehe die Lymphdrüsen inficirt sind. Wo dies geschen kann, ist die Aussicht auf wirkliche Heilung durch die Operation entschieden günstig.

Während die jetzige fast allgemein als einzig richtig anerkannte Behandlung des Oberlippenkrebses die möglichst frühe vollständige Exstirpation desselben ist, war diese in früheren Zeiten durchaus nicht so allgemein in Gebrauch, und wurden ihr Aetzungen und Einspritzungen der verschiedensten Medicamente vorgezogen. THIERSCH empfahl eine subcutane Einspritzung von Höllensteinlösung (1,0 : 2000.0) und Kochsalz (1,0 : 1000.0). Dr. TILLAUX empfiehlt die von England ausgegangene Behandlungsweise des Carcinoms mit Essigsäure, und auch Dr. ISIDOR ULLMANN spritzte verdünnte Essigsäure ein. Dr. MARZUTTINI wandte Essigsäure und Kreosot gegen Krebs an. J. R. WOLFE lobt die Wirkung der kaustischen Pfeile und der Carbolsäure. Ferner wurde das BONGARD'sche Aetzmittel vielfach angewandt. Dr. PIGEOLET benutzte die Aetzmittel der Petits-frères. Zum Schluss will ich noch des Arseniks und der Wiener Aetzpaste als bei Krebs schon von Alters her beliebter Aetzmittel erwähnen. Die verschiedenen Arten der Aetzungen mit dem glühenden Eisen übergehe ich.

Was die zahlreichen günstigen Erfolge anbelangt, die jedem einzelnen dieser Aetzmittel zugeschrieben worden sind, so glaube ich einerseits wohl zweifeln zu dürfen, ob es sich in all den betreffenden Fällen auch wirklich um Carcinom gehandelt hat. In den Fällen aber, in denen wirklich ein Carcinom durch Aetzmittel zerstört worden ist, muss ohne Zweifel die Operation weit schmerzhafter und die spätere Vernarbung weit entstellender gewesen sein, als dies bei der Exstirpation mit dem Messer der Fall gewesen wäre. Augenblicklich werden Aetzmittel fast nur noch da angewandt, wo die Exstirpation nicht mehr möglich ist.

Bei der Operation ist vor allem zu berücksichtiigen, dass sich das Carcinom in Form kleinster, disseminirter Herde in den Geweben verbreitet, und man hat somit darauf zu achten, dass man stets 1 cm von der scheinbaren Grenze des Carcinoms entfernt, also im Gesunden, operirt. Die gewöhnlichste Art der Schnittführung ist die Exstirpation des erkrankten Teiles der Oberlippe in Gestalt eines Keils, dessen Basis nach unten gerichtet ist. Man kann diese Schnitte mit einer starken Scheere, während die Lippe durch einen Gehilfen gespannt ist, und an den Mundwinkeln zugleich die Coronaria comprimirt wird, rasch auszuführen. Die Compression der letzteren kann auch durch Klemmer hergestellt werden. Die linke Hand des Operateurs fixirt nun mit einer Hakenzange das zu entfernende Stück. Den unbequemeren Schritt auf der rechten Seite des Patienten macht man am Besten zuerst. (BARDELEBEN). Bei der grossen Nachgiebigkeit der Wangenhaut kann die einfache Vereinigung der Wunde in der Regel vorgenommen werden, wenn weniger als die Hälfte des roten Lippenrandes entfernt wurde. Spannen sich die zu vereinigenden Teile, so muss man eine Erweiterung des Mundes durch Spaltung und Umsäumung mit Schleimhaut an einem oder an beiden Mundwinkeln, endlich auch Seitenschnitte hinzufügen. Bei grösserem Defect muss man auf einer oder auf beiden Seiten Lappen bilden, die mit

ihren innern Rändern in der Mittellinie oder in deren Nähe vereinigt, an ihren unteren Rändern aber mit Schleimhaut umsäumt werden. Die äussersten Ecken des unteren Randes der auf diese Weise hergestellten Lippe werden zur Bildung der Mundwinkel neben der Unterlippe angeheftet. Auf jeder Seite der neugebildeten Lippe bleibt eine dreieckige Oeffnung, aus welcher die Mundflüssigkeiten herausfliessen. (DIEFFENBACH'sche Methode.) JÄSCHE schlägt vor, die Seitenschnitte halbmondförmig mit nach aussen gewandter Convexität anzulegen, weil sich dann die umgebenden Weichteile leichter gegen den in der Wange durch die Verschiebung des Lappens bedingten Defect herbeiziehen lassen. Hiebei muss man sich aber hüten, den Schnitt zu weit nach hinten zu führen, weil dort die Haut durch das Unterhautzellgewebe straffer befestigt ist. Wo die Lippenbildung durch einfache seitliche Verschiebung sich nicht ausführen lässt, kann man zu den Seiten des Defekts nach Oben oder nach Unten Lappen bilden, welche durch eine leichte Drehung in die auszufüllende Lücke eingeschoben werden. Für den Ersatz der Oberlippe kann auf diese Weise ein Teil der Unterlippe und der Wange benutzt werden. Für die Umsäumung der neugebildeten Lippe mit Schleimhaut lässt sich zuweilen bei einer Exstirpation die wirkliche Lippenschleimhaut ganz oder zum Teil erhalten. (SERRE.) Im andern Falle muss man den Ersatzlappen seinen Schleimhautsaum mitbringen lassen. Nach LANGENBECK kann man aber auch die Schleimhaut der Unterlippe, indem man sie in genügender Breite ablöst und verschiebt, zur Umsäumung der Oberlippe benützt werden. — Sollte der neugebildete Mund durch spätere Schrumpfung der Narben zu klein werden, so kann man diesem Uebelstande nach der DIEFFENBACH'schen Methode abhelfen. Man exstripirt nemlich in Form einer flachen, liegenden Spindel jederseits am Mundwinkel einen schmalen Streifen der äusseren Haut, trennt die Schleimhaut in derselben Richtung, ohne aber von ihr etwas wegzunehmen und erhält so zwei Schleimhautstreifen, mit welchen

die äusseren Hautränder umsäumt werden. Um die beiden Nachteile, welche die DIEFFENBACH'sche Methode hat, dass nemlich der neue Mund mehr einem ovalen Loche als einer Spalte entspricht, und dass die Schnittflächen von den Winkeln her häufig wieder zusammenwachsen, zu vermeiden, empfiehlt HUETER von der äussern Haut nichts zu entfernen, diese vielmehr sammt der Schleimhaut in gerader Linie zu spalten. Das Ansäumen der Schleimhaut an die äussere Haut ist dann freilich etwas schwieriger, aber doch ausführbar, zumal wenn man die Schleimhaut von ihrer Unterlage ein wenig ablöst und verschiebbar macht. Dem zweiten Uebelstande kann dadurch entgegengearbeitet werden, dass man an der Stelle, wo der Mundwinkel gebildet werden soll, die Schleimhaut ausgedehnter ablöst und die Incisionslinie in zwei kurze Schenkel, in Form eines ⋉ verlängert. Der so gewonnene, kleine, dreieckige Schleimhautlappen wird in den neuen Mundwinkel eingenäht und bildet die Umsäumung. Es ist dies die Wiederholung einer Methode, welche von ROSER bei der Operation der Phimose angegeben wurde.

Wie ich oben des Weiteren ausgeführt habe, schreitet der Oberlippenkrebs häufig auf den Oberkiefer, die Wangen, die Unterlippe etc. fort, da aber die Therapie dieser Affectionen einerseits nicht in den Rahmen dieser kurzen Abhandlung passt, andererseits aber auch nach jedem einzelnen Falle verschieden ist, so glaube ich dieselbe übergehen zu dürfen.

Zum Schlusse führe ich noch die an 7 in den letzten 12 Jahren auf der chirurgischen Klinik in Würzburg vorgekommenen Oberlippencarcinomen gemachten Beobachtungen bei.

I. Fall.

A. K., 45 Jahre alt, aus Hohefeld, Bürgermeister, Epithelialcarcinom in der Mitte der Oberlippe. Wurde am 4. Februar 1878 operirt. Keilförmige Excision und direkte

Vereinigung durch 3 umschlungene und 1 Knopfnaht. Am 16. Februar geheilt entlassen.

II. Fall.

J. S., 59 Jahre alt, Taglöhner aus Lengfurt. Epithelialcarcinom der Oberlippe und der Unterlippe bis zur Mittellinie. Gibt an, dass die Geschwulst seit 1 Jahre bestanden und keines seiner Geschwister an einer ähnlichen Krankheit gelitten habe. Operirt am 27. Februar 1879. Exstirpation mit Plastik an der Wange. Erysipelas migrans. Incisionen. Entlassen am 5. August. Im October bereits Recidiv.

III. Fall.

J. W., 60 Jahre, aus Neustadt, Schreinermeister. Epithelialcarcinom der Oberlippe. Lippenroth intact. Gibt an, die Geschwulst habe 6 Jahre bestanden, und er sich dieselbe durch Kratzen mit dem Fingernagel zugezogen. Er sei vorher nie krank gewesen, und waren auch Eltern und Geschwister nie mit einem ähnlichen Leiden behaftet gewesen. Operirt am 14. Februar. Exstirpation und directe Vereinigung. Heilung. Geheilt entlassen am 26. Februar.

IV. Fall.

G. L., 72 Jahre alt, Maurer aus Unteressfeld. Epithelialcarcinom der Oberlippe, zum grössten Teil der linken Hälfte aufsitzend. Gibt an, dass die Geschwulst seit fünf Jahren bestehe und ohne äussere Veranlassung entstanden sei. In seiner Familie habe Niemand an einer solchen Geschwulst gelitten. Operirt am 25. Januar 1883. Exstirpation mit halbmondförmigen Schnitt. Directe Vereinignng der Wundränder. Geheilt entlassen am 31. Januar.

V. Fall.

J. H., 45 Jahre alt, aus Ansbach, Epithelialcarcinom der Oberlippe. Operirt am 11. Juli 1883. Keilexcision mit folgender Naht.

VI. Fall.

R. S., 58 Jahre alt, aus Hirschfeld. Krebs der Nase und der Oberlippe. Gibt an, die Geschwulst sei ohne bekannte Veranlassung entstanden und bestehe beinahe seit 3 Jahren. Ihre Mutter habe längere Zeit eine „grindartige Wunde" auf der Nase gehabt. Operirt am 12. Mai. Exstirpation der Oberlippengeschwulst mit folgender Cheiloplastik. Exstirpation des Nasentumors mit Rhinoplastik aus beiden Wangen.

VII. Fall.

J. S., 47 Jahre alt, Bauer aus Eussenheim. Epithelialcarcinom der Oberlippe. Er gibt an, sein Vater lebe und sei gesund, seine Mutter in einer fieberhaften Krankheit gestorben. In seiner Familie seien weder Geschwüre noch Geschwülste malignen Charakters vorgekommen. In seiner Jugend sei er gesund gewesen; auch habe er seiner Militärpflicht Genüge geleistet. Seine Frau sei gesund. An Ausschlag will er nie gelitten haben. Die Affektion habe vor 10 Jahren mit einem oberflächlich ulcerirenden Knötchen in der Mitte des Filtrums begonnen, zuerst langsame Fortschritte gemacht und sei erst seit Weihnachten rasch fortgeschritten. Er habe 1 2 Jahre Pfeife geraucht. Eine Verletzung durch Rasirmesser sei nicht vorgekommen.

Patient ist gut genährt, mittelgross, besitzt gut entwickelte Muskulatur, aber etwas anämische Schleimhaut. Seine Oberlippe zeigte einen Defect, welche 3 cm in der Breite und 2 in der Höhe beträgt, die Zerstörung setzt sich nach hinten bis in den Knochen des Oberkiefers fort, so dass Teile der Wurzeln der beiden mittleren oberen Schneidezähne entblösst erscheinen. Beide Zähne wacklich. Nach oben geht die Zerstörung bis in's Septum der Nase, nach der Seite erstreckt sich die elastisch harte bis knorpelharte Infiltration der Gewebe durch die Geschwulst bis in die Nasolabialfalte, beiderseits von der Oberlippe existiren also nur je 2 seitliche 1 cm breite Portionen,

doch sind dieselben durch die carcinomatöse Wucherung an die Schleimhaut der Oberlippe befestigt. Nach innen in die Mundhöhle reicht die Geschwürsbildung 0,5 cm hinter die Basis der Schneidezähne. Geschwulst mit der Unterlage fest verwachsen, wenig Sekret von der trockenen Oberfläche absondernd, Epithelzapfen lassen sich nicht ausdrücken. Am linken Unterkieferwinkel fühlt man eine knochenharte Geschwulst von der Innenfläche des horizontalen Unterkieferastes ausgehend, wenig verschiebbar, 1 cm weit nach unten über den Kiefer hervorragend. Rechts fühlt man eine ähnliche Geschwulst, welche oben 2 cm nach vorn vor dem ang. inf. max. gelegen ist. In der Medianlinie des Unterkiefers fühlt man 2 knorpelharte, wahrscheinlich metastatisch afficirte Drüsen, eine von Erbsen- eine von Bohnengrösse. Die Cervical- und übrigen Halsdrüsen nicht pabpabel. Allgemeinbefinden gut. Kein Husten, kein Auswurf. Lungenbefund bietet keine Abnormität. In der rechten Achselhöhle einige kleine Drüschen, ebenso links. Lebergegend frei, Herz normal. Operation am 29. April. Möglichst senkrechte Umschneidung der Geschwulst. Abtragen von der Unterlage. Extraction der 4 Schneidezähne. Abschneiden der carcinomatös degenorirte Teile des knorplichen Nasenseptums. Flache Abmeisselung der vorderen Knochenplatte der beiden Oberkieferknochen in der Ausdehnung von ca. 3—4 cm und Abmeisselung des vorderen Alveolarrandes. Blutung aus dem Knochen durch Tamponade gestillt Dann von den oberen beiden Wundwinkeln aus je ein nach unten etwas convexer ca. 5 cm langer die Wange durchtrennender Seitenschnitt und von den untern Wundwinkeln, welche mit den Mundwinkeln zusammenfallen, ebenfalls je 1 nach unten concaver ebenso beschaffener Schnitt. Darauf Zusammenziehung nnd Vernähung der mittleren vertikalen Wundränder. Schliesslich vollständige Vernähung der oberen geschweiften Wundränder und der unteren geschweiften Wundränder mit Ausnahme einer ca. 6 cm langen in der Mitte freigelassenen Spalte, deren oherer Rand mit Schleim-

haut umsäumt wird. Borsalbeapplication. Flüssige Diät. Sprache zuerst ziemlich unverständlich, besserte sich aber täglich. Bei der Operation war ziemlicher Blutverlust nicht zu vermeiden gewesen, doch erholte sich Patient schnell von demselben. Nach 5 Tagen konnte er schon aufstehen. Ausspülung des Mundes und der Nase mittelst eines Gummiröhrchens mit Kalium chloricum und Kalium hypermanganicum. Geheilt entlassen am 20. Mai 1885.

Bei der im Mai 1885 über den weiteren Verlauf der angegebenen 7 Fälle von Oberlippencarcinom eingezogenen Erkundigung konnte ich in Betreff des 1. und 5. Falles nichts, in Betreff der übrigen Fälle jedoch Folgendes erfahren:

J. S. aus Lengfurt (2. Fall) starb 1880 daselbst angeblich in Folge der Operation.

J. W. aus Neustadt (3. Fall) fühlt sich vollkommen gesund.

G. L. aus Unteressfeld (4. Fall) ist durch die Operation vollständig geheilt.

S. B aus Hirschfeld (6. Fall) starb 4 Wochen nach der Operation.

J. S. aus Eussenheim (7. Fall) ist bis jetzt, 9 Monate nach der Operation, gesund geblieben.

Ich erfülle hiemit die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Prof. Dr. MAAS für die bereitwillige Ueberlassung dieses Themas meinen besten Dank auszusprechen.





